



AYUNTAMIENTO DE TALAYUELA



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

ANEXO I

**SOLICITUD SERVICIO RESPIRO FAMILIAR**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR HABITUAL**

Nombre y apellidos:

D.N.I.

Fecha Nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA**

Nombre y apellidos:

D.N.I.

Fecha Nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Grado de discapacidad:

Grado de Dependencia

**Como persona cuidadora habitual de persona con grado de dependencia y discapacidad**

**Declaro** que la persona dependiente y/o discapacitada no tiene reconocida plaza pública en servicio de atención residencial ni prestación económica vinculada al servicio residencial y

**SOLICITO** los Servicios señalados a continuación

| SERVICIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Fechas, horarios concretos o cualquier circunstancia que quiera señalar |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|
| A        | Acompañamiento y Asistencia Domiciliaria ( Máximo 65 horas por persona al año)                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |
| B        | Acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio diurno, en el tiempo libre, en fines de semana y tiempo de vacaciones; así como descanso en hospitalizaciones, acompañamiento a servicios especializados ambulatorios, posoperatorio , u otros servicios transitorios de análoga naturaleza ( Duración máxima de la actividad 36 horas/año) |  |                                                                         |
| C        | Asistencia a establecimiento no sociosanitario (campamento, playa, montaña etc.) (Cuantía máxima por persona 504 €/año, máximo día 72€;2 días mínimos de uso )                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |
| D        | Estancia en establecimiento socisanitario: Centro residencial, en Centros de Día, Centros de Noche (estancias temporales en centros acreditados)<br>Duración máxima. 10 días al año por persona atendida<br>Ayuda máxima: 70 €/día para Centro residencial. 40 € día Centro de Día y Centro de Noche                                                      |  |                                                                         |

**DECLARO** Que los datos reflejados en el presente documento y en la documentación que se acompañan al mismo, son ciertos. No hallarme incurso/a en ninguna de las causas que impiden obtener la condición de beneficiario, con arreglo a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como encontrarme al corriente en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias y frente a la Seguridad Social, según el artículo 24.4 del Real Decreto 887/2006 del 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Fdo: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE** DNI del solicitante y de la persona con dependencia/discapacidad reconocida.

- DNI/NIE
- Copia/s del/os libro/s de familia, certificación del Registro Civil o documentos equivalentes de su país de procedencia acreditativos del parentesco.
- Certificado histórico colectivo del padrón municipal de habitantes de la persona solicitante y de la persona discapacitada
- Resolución del grado de dependencia reconocido por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Presupuesto del Servicio.
- Certificado de que la entidad que va a prestar el Servicio cuenta con la debida acreditación y que los técnicos que presten los servicios cuentan con la titulación requerida.
- Número de cuenta bancaria.

**Ayuntamiento de Talayuela (Cáceres)**

**Plaza Real, nº 1 .10310 Talayuela (Cáceres)**